

EDIZIONI

1991 - 2015

24°
anno

numero

speciale

DAL *Fare* *al* DIRE

RIVISTA ITALIANA

DI INFORMAZIONE E CONFRONTO SULLE PATOLOGIE DA DIPENDENZA

A cura degli operatori dei Servizi

Keywords

Disturbi Personalità
Internet **Leonardi**
Counseling
GAP **Cannabis**

Iniziative Speciali

Findings / Ca.To.Di

PUBLIEDIT

Crespi
mittente

CPO CUNEO

ISSN 2281-9169

GLI EDITORIALI DI DAL FARE AL DIRE

IL PATTO PER LA SALUTE ENTRA ANCHE IN CARCERE

SANDRO LIBIANCHI

Co.N.O.S.C.I.: Coordinamento Nazionale Operatori
per la Salute nelle Carceri Italiane (Roma)

Al momento di andare in stampa riceviamo la conferma che il testo per l'accordo "*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*" - sebbene espressamente previsto all'art. 7 del "Patto per la Salute", è stato finalmente approvato e sottoscritto presso la Conferenza Unificata, organo di mediazione e intesa tra lo Stato e le Regioni. Si tratta di un importantissimo documento che prevede, regola e sancisce modalità organizzative ed attuative della medicina all'interno delle carceri, più uniformi rispetto alle attuali.

Con la sottoscrizione del Patto per la Salute da parte dei presidenti delle regioni, il 10 luglio scorso, è stato stabilito un termine 'ultimo' per l'approvazione dell'atto di organizzazione degli interventi sanitari in carcere, integrando questi ultimi con le numerose esigenze di giustizia e sicurezza che intercorrono tra le Amministrazioni Regionali/ASL e quelle del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Come è ben noto, l'intento del Patto è stato quello di migliorare la qualità dei servizi, di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e di garantire l'unitarietà del sistema sanitario nazionale. Per ciò che attiene alle strutture penitenziarie, nonostante che già da tempo (DPCM 1 aprile 2008) queste abbiano visto trasferire le competenze sanitarie di assistenza ai detenuti alle regioni, ma senza purtroppo creare un sistema nuovo e realmente più efficace del precedente, a causa della mancanza di una reale riorganizzazione tra Aziende Sanitarie Locali e Direzioni delle Carceri. Grazie all'intervento diretto del Ministro della Salute, della senatrice Fabiola Anitori ed alla collaborazione tecnica della nostra associazione scientifica (Co.N.O.S.C.I. onlus) nel testo del Patto è stato inserito uno specifico articolo (il n. 7) che ha fissato il termine del 30 settembre 2014 per produrre delle regole certe per il coordinamento delle azioni sanitarie in carcere e che erano allo studio sin dal 2009.

La necessità di un atto regolamentario del genere nasce dallo stesso DPCM 1/4/2008 che aveva previsto che: "*Pur tenendo conto che l'organizzazione dei servizi sanitari del SSN è di competenza regionale, in considerazione della specificità del contesto degli istituti di pena, è necessario assicurare in tutto il sistema sanitario penitenziario ed extra-murario un'organizzazione omogenea dei servizi, per garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie*" (Allegato A) ed ancora: "*...uniformare in tutti gli istituti di pena gli standards di assistenza specialistica*,". A conferma ed in collegamento con questi principi, lo stesso DPCM (Art. 7) ha altresì previsto che: "*...sono previste le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e sono regolati i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, anche in materia di tossicodipendenze*".

Nonostante queste chiare indicazioni normative che evidenziavano anche la stretta necessità da parte della Sanità e della Giustizia di poter contare su un sistema sanitario con degli standard minimi di omogeneità nel paese, questo, a tutt'oggi, non era stato realizzato, permanendo gravi difficoltà di gestione, come ad es. la movimentazione di detenuti da una regione all'altra in risposta ad esigenze terapeutiche. A tale proposito basterà ricordare l'importanza e la disomogeneità nell'erogazione di talune branche, quali la FKT, l'odontoiatria protesica, le grandi specializzazioni del tipo cardiocirurgia o chemioterapia, ecc. che non dappertutto sono organizzate ed erogabili in carcere ed in quei casi si deve ricorrere alla traduzione in altro istituto. Un altro settore in carcere, ancora in grave difficoltà, è la psichiatria. Sebbene la Legge 354/75 preveda la figura dello psichiatra in tutti gli istituti penitenziari del paese, non tutte le situazioni cliniche che possono presentarsi sono facilmente gestibili in istituto, come ad esempio l'assistenza ai c.d. "minorati psichici" (ex art. 111 del DPR 230/2000) che prevede una particolare organizzazione, le acuzie psichiatriche che prevedono l'invio in ospedale attraverso procedure di Trattamento Sanitario Obbligatorio e non tutti gli ospedali sono attrezzati o disponibili ad accogliere detenuti in crisi psicotica. A tale proposito è bene ricordare che ogni traduzione di detenuto al di fuori del carcere è connessa ad una scorta di Polizia Penitenziaria che deve sorvegliare il detenuto 24h/24h con una o più guardie, a seconda del livello di sicurezza a cui appartiene.

Il sistema così ridisegnato prevede un'organizzazione funzionale, che pur facendo capo alla ASL territorialmente competente per quella struttura penitenziaria, pone il centro della responsabilità clinica ed amministrativa in capo al Responsabile del Presidio medico del carcere, in qualità di manager clinico e gestionale. Naturalmente, i responsabili medici delle strutture devono coordinare anche le altre articolazioni della ASL, quali la medicina di base interna, tutte le branche di medicina specialistica incluso il Ser.T (o Ser.D.), le connessioni con le comunità terapeutiche all'esterno ed i relativi follow-up, i ricoveri ospedalieri, ecc. Un altro compito essenziale a carico dei responsabili del presidio medico è la connessione operativa con le direzioni del carcere e con gli altri enti preposti a funzioni collegate con l'assistenza, quali l'U.E.P.E. (Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna), i Tribunali ordinari e di Sorveglianza, il volontariato e gli enti ausiliari, i comuni di residenza, le ambasciate ed i consolati nel caso di detenuti stranieri, laddove necessari. Oggi, il Tavolo Tecnico di consultazione istituito presso la Conferenza Unificata, con l'approvazione dell' Accordo: *"Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"* permette di garantire eque prestazioni di assistenza sanitaria alle circa 55.000 persone detenute adulte e minori, ristrette nelle carceri italiane, con un miglioramento delle performances e con una migliore allocazione delle risorse. Con questo importante atto l'Italia si pone tra le migliori regioni d'Europa che hanno adottato modelli innovativi per la tutela della salute in carcere, sia a tutela della popolazione detenuta che di quella generale nella quale questi ultimi dovranno comunque ritornare in condizioni anche migliori rispetto a quando sono entrati. A tale proposito basti pensare a quel 30% circa di detenuti consumatori di sostanze stupefacenti o tossicodipendenti che rappresentano la quota a più alto rischio di recrudescenza nel consumo di droga e della conseguente commissione di reati. Alcuni importanti nodi restano ancora da sciogliere, quali quelli dell'identificazione di alcuni LEA in ambito penitenziario, dell'implementazione delle prestazioni specialistiche interne agli istituti e della contrattualizzazione del personale sanitario ancora precario. Questi dovranno essere i prossimi obiettivi di Governo.